

één

De positieve focus

*ng in d*  
*plad*

*Ouder worden. Ben alvast mijn lachrimpels aan het trainen.*  
**Loesje**

*ats?*

**Inleiding** In dit hoofdstuk laten we zien hoe de laatste decennia de positieve focus zijn intrede in de (geestelijke) gezondheidszorg heeft gedaan. ‘Wat werkt?’ ‘Wat zijn jouw sterke kanten?’ ‘Hoe lukt het je het hoofd boven water te houden?’ ‘Welke momenten vormen een uitzondering op het probleem?’ De focus op krachten in plaats van klachten en op wat er werkt klinkt cliënten en professionals die volgens traditionele gespreksmethodieken werken soms nog vreemd in de oren. De meeste professionals nemen het medische model, ook wel het oorzaak-gevolgmodel genoemd, nog als uitgangspunt en richten zich op het analyseren, vaststellen en classificeren van psychische en medische problemen – de behandeling wordt hierop afgestemd.

Vragen in probleemgerichte gespreksmodellen zijn: ‘Wat is er aan de hand?’, ‘Waar heb je moeite mee?’, ‘Wat zijn jouw klachten?’, ‘Wat zijn valkuilen?’ Elk probleem en de mogelijke oorzaken ervan worden eerst onderzocht en in kaart gebracht. Er wordt aangenomen dat kennis over de oorzaak van het probleem automatisch oplossingen genereert. Een andere aanname is dat cliënten eerst hun problemen en pijn onder ogen moeten zien (*no pain, no gain*) om via inzicht beter te kunnen worden. Het doel in dergelijke behandelingen is klachtreductie, gemeten aan de hand van vragenlijsten over het al dan niet nog voorkomen van die klachten, of door de inschatting van de professional en soms van de cliënt zelf.

In ons westerse denken is het oorzaak-gevolgmodel het model bij uitstek om de wereld begrijpelijk te maken. Het model is nuttig als het gaat om relatief eenvoudige problemen die kunnen worden teruggebracht tot eenvoudige en eenduidige oorzaken, zoals bij vele mechanische of medische problemen het geval is. We noemen dit het *paradigma van de analyse*.

Het classificeren van en differentiëren tussen problemen bij ouderen blijkt in de praktijk echter vaak lastig, zelfs voor ervaren en hoogopgeleide professionals. Vooral bij de groep ‘oude ouderen’ (85-plus) bestaat er veelal een sterke overlap tussen klachten die verschillende oorzaken kunnen hebben. Dit bemoeilijkt diagnostiek, waardoor het onderscheid tussen oorzaken en gevolgen vaak slecht te maken is (Oostrom et al., 2011).

De focus op klachten en op wat er niet werkt heeft ook andere nadelen: als het probleem en mogelijke oorzaken worden uitgediept, kan er een vicieuze cirkel ontstaan met steeds groter wordende problemen. De sfeer wordt beladen met problemen, waardoor het gevaar dreigt dat de oplossingen steeds verder uit het zicht raken en de hoop op verbetering afneemt. Bovendien maakt het de cliënt al snel passief: het heil moet van de professional of van medicatie komen.

Naast het paradigma van de analyse kent de wetenschapsfilosofie het *paradigma van de synthese*. Oplossingsgericht werken maakt gebruik van dit paradigma. Het gaat daarbij over het ontwerpen van een uitkomst die er eerder nog niet was. Het is meestal niet nodig om de oorzaak van klachten of problemen te onderzoeken. De keuze is om eerst te behandelen en zo nodig later aandacht te besteden aan diagnostiek. Ernstige psychiatrische of somatische beelden, of een vermoeden hiervan, rechtvaardigen uiteraard een keuze voor meer diagnostiek. Het opsporen van onderliggende organische pathologie, zoals een delier of dementie, heeft immers directe consequenties. In de loop van het eerste gesprek of het vervolgesprek wordt vanzelf duidelijk of nadere diagnostiek nodig is, bijvoorbeeld bij zichtbare verslechtering van het toestandbeeld of bij uitblijven van behandelresultaat (Bakker & Bannink, 2008).

## Toepassing één

---

Doe met iemand anders de volgende oefening om de verschillen tussen probleemgericht en oplossingsgericht werken 'aan den lijve' te ondervinden.

- Spreek eerst 5 minuten met de ander over een probleem, zorg of irritatie van jezelf. Vraag de ander hier probleemgerichte vragen over te stellen: 'Hoe lang heb je dit al? Hoe erg is het? Hoeveel last heb je ervan? Wat is er nog meer aan de hand? Op welke andere gebieden in jouw leven speelt dit probleem ook? Had je dit vroeger ook al?'
  - Spreek vervolgens nog eens 5 minuten met dezelfde persoon over hetzelfde probleem of dezelfde zorg of irritatie en vraag nu oplossingsgerichte vragen te stellen: 'Hoe is dit een probleem voor je? Wat heb je gedaan dat hielp (al is het maar een beetje)? Wanneer is het probleem er niet, of minder? Hoe lukt je dat? Wat doe je dan anders? Als je eerder in jouw leven een dergelijk probleem hebt gehad, hoe heb je dat destijds opgelost? Wat gaf eerder hoop en maakte het leven de moeite waard? Wat weet je van de manier waarop anderen dit probleem hebben aangepakt?'  
Je kunt ook een vraag naar doelformulering stellen: 'Wat wil je aan het eind van dit gesprek(je) bereikt hebben om te kunnen zeggen dat het zinvol is geweest?' Of: 'Wat wil je voor het probleem in de plaats?'
  - Let beiden op de verschillen tussen de twee gesprekken. Sommigen zullen een lichtere toon ervaren en optimistischer gestemd zijn als ze over de positievere ervaringen praten in plaats van over de zwaarte die probleemgerichte gesprekken vaak met zich meebrengen. Ook kan het zijn dat je je probleem inmiddels hebt opgelost of weet wat je kunt doen om je doel te bereiken.  
Draai vervolgens de rollen om: nu ben jij de luisteraar en de ander vertelt over een probleem of irritatie. Ook nu stel je eerst 5 minuten probleemgerichte vragen en dan 5 minuten oplossingsgerichte vragen. Let allebei weer op de verschillen tussen de twee gesprekjes.
-

**Paradigma van de analyse en de synthese** Het *paradigma van de analyse* gebruikt reductionisme als werkvorm. Hierbij proberen we een systeem te begrijpen door het op te delen in de samenstellende elementen. Die elementen worden geïsoleerd onderzocht en het systeem wordt vervolgens gezien als een optelsom ervan. Een voorwaarde hiervoor is lineariteit, maar zuivere lineariteit bestaat alleen als theoretisch model. De ontelbare interacties tussen alle elementen in onze werkelijkheid maken deze tot een niet-lineaire aanlegenschap. In een bepaalde omgeving kunnen interacties relatief stabiel en voorspelbaar zijn, bijvoorbeeld bij eenvoudige, mechanische vraagstukken. Reductionisme is dan een aantrekkelijke aanpak. Maar veel vraagstukken zijn complex en vertonen een grote mate van grilligheid.

Naast analyse kent de wetenschapsfilosofie ook het *paradigma van de synthese*. Hierbij zien we een onderwerp niet als optelsom van componenten, maar kijken we naar de samenhang van relaties tussen de componenten binnen het geheel: dit paradigma concentreert zich op de dynamiek. Vooral complexe systemen worden gekenmerkt door deze samenhang van relaties. Het paradigma van de synthese biedt fundamenteel andere mogelijkheden en het oplossingsgerichte model past goed binnen dit paradigma. Het is een belangrijk instrument bij vraagstukken waar het reductionisme tekortschiet. Synthese ontkent de waarde van analyse niet, maar stelt dat er een andere kant van de medaille is die tot voor kort grotendeels genegeerd of over het hoofd gezien werd.

Het paradigma van de synthese gaat over het ontwerpen van een uitkomst die er eerder nog niet was. Het paradigma kijkt oplossingsgericht vooruit naar wat gecreëerd kan worden. Om vooruit te kunnen kijken moet je volgens De Bono (1985, p. 42) eerst het eindpunt bepalen, om dan te kijken hoe je daar kunt komen. De Bono, bekend vanwege zijn term ‘thinking outside the box’, stelde over het ontwerpen van een uitkomst:

*‘Problem analysis is always looking back at what is already there; design is always looking forward at what might be created. We need to design outcomes. I do not even like saying design “solutions” because this implies that there is a problem. Even when we cannot find a cause, or, after finding it, cannot remove it, we can always attempt to design an outcome.’*

Je kunt het werken vanuit het paradigma van de analyse en de synthese vergelijken met het werk van respectievelijk een archeoloog en een architect. De combinatie van het medische

reductionistische en het oplossingsgerichte functionele model biedt in de (somatische en geestelijke) gezondheidszorg veel mogelijkheden: *the best of both worlds* (Bannink & Jansen, 2017).

Een voorbeeld: Mijn cliënt is somber.

*Analyse:* Mijn cliënt is somber (probleem). Ik neem een anamnese af en doe onderzoek (onderzoek). Er blijkt sprake van een depressie (diagnose). Er wordt gekozen voor een protocollaire aanpak (behandeling).

*Synthese:* Mijn cliënt wil weer blij zijn en zich energiek voelen (doelformulering). Hij krijgt erkenning voor de lijdensdruk die de klachten teweegbrengen. Onderzoek en diagnose blijken niet direct nodig. Samen kiezen we voor oplossingsgericht werken, dus gebruikmaken van zijn competenties en omstandigheden (functionele benadering). Hij bouwt aan zijn gewenste toekomst (wat werkt?). Hier kan het doel bereikt worden zonder aan het probleem te werken. Het model zet symptoomreductie om in doelrealisatie.

*Huisarts: 'Het is grappig dat als je mensen bepaalde vragen stelt, ze zelf met oplossingen komen. Ik zit dan veel relaxter aan tafel; ik hoef geen moeite te doen om meer tips te geven.'*

**Classificatie van sterke kanten** Professionals doen er goed aan de sterke kanten en competenties van hun cliënten te vinden en uit te vergroten. Ouderen hebben inmiddels een leven vol positieve en negatieve ervaringen achter de rug. Oudere cliënten kunnen hierdoor uit een uitgebreider gedragsrepertoire putten om problemen in het heden succesvol op te lossen dan jongeren. Om een volledig beeld van de cliënt te krijgen, is het nuttig om, naast de vaak vereiste klachtgerichte diagnostiek, ook krachtgerichte diagnostiek te verrichten. Het gaat hierbij om het inventariseren van competenties en hulpbronnen, coping, positieve karaktereigenschappen en positieve emoties.

## Toepassing twee

---

Ga na welke drie van je sterke kanten je hebben gebracht tot waar je nu in je beroep bent. Bespreek dit eventueel met een collega en vraag hem welke drie sterke kanten hij van jou zou noemen. Hetzelfde kun je ook omgekeerd met je collega doen.

Ga na hoe het voelt om stil te staan bij je eigen sterke kanten en deze te bespreken met een ander.

Vraag elkaar ook hoeveel procent van de behandel tijd jullie besteden aan de sterke kanten van cliënten met hen bespreken. Ben je daar tevreden over of zou dat percentage hoger kunnen?

---

De *positieve psychologie* is een wetenschappelijke stroming in de psychologie die als uitgangspunt heeft dat de reguliere psychologie te eenzijdig gericht is op klachten en te weinig op krachten. Omdat behandeling meer is dan het herstellen van wat er mis is, doet de psychologie er goed aan niet alleen aandacht te schenken aan stoornissen, zwakheden en beperkingen, maar ook aan sterke kanten, goede eigenschappen en bouwen wat er goed gaat (Bannink, 2009; 2016d).

De positieve psychologie en het oplossingsgericht werken hebben beide een positieve focus: de positieve psychologie richt zich vooral op de sterke kanten van de cliënt, oplossingsgericht werken richt zich vooral op wat werkt (dat kunnen ook sterke kanten zijn). Bannink en Jackson (2011) vergeleken beide stromingen. Zo hebben de stromingen dezelfde positieve focus en richten professionals zich op de momenten waarop problemen minder voorkomen of zelfs tijdelijk afwezig zijn, in plaats van op oorzaken en gevolgen ervan, en op welke sterke kanten en hulpbronnen de cliënt gebruikt om dit voor elkaar te krijgen.

Aan de hand van psychologisch, neuropsychologisch en neurobiologisch onderzoek bestudeert de positieve psychologie de invloed van positieve ervaringen, zoals geluk, veerkracht, hoop en liefde, op positieve eigenschappen, zoals optimisme, wijsheid, doorzettingsvermogen en vitaliteit.

Seligman & Csikszentmihalyi (2000), grondleggers van de positieve psychologie, vatten positieve psychologie op als het wetenschappelijk onderzoek naar het gezond, optimaal menselijk functioneren.

Dellemann (2009), Bannink (2009) en Bannink & Peeters (2018) beschreven de *positieve psychiatrie*. Zij stelden dat de cliënt in de positieve psychiatrie uitgenodigd wordt stil te staan bij zijn eigen (resterende) mogelijkheden en waarden. Het eigen doel van de cliënt, diens familie en de eigen waarden staan centraal. De cliënt heeft zo veel mogelijk de regie en de professional stelt zich vooral coachend en dienstbaar op. Bakker en Bannink (2008) en Bannink en Peeters (2018) gaven beschrijvingen van de manier waarop oplossingsgericht werken in de psychiatrische praktijk kan worden toegepast en hoe daarin tevens een aantal constructen van de positieve psychologie, zoals hoop, veerkracht,

optimisme en het vinden van competenties van de cliënt, is terug te vinden. Alle hiervoor genoemde auteurs gaan er overigens van uit dat zowel de *negatieve psychiatrie*, die zich richt op het bestrijden van klachten en symptomen, als de positieve psychiatrie hun waarde hebben en relevant zijn voor een juiste balans in de psychiatrische praktijk.

*Psychiater: 'Na bijna twintig jaar de focus te hebben gelegd op alles wat er mis is met mijn patiënten en de organisatie waar ik werk voelt deze benadering als een verademing.'*

**Veerkracht** Ingrijpende gebeurtenissen maken deel uit van ons leven. Ouderen hebben in toenemende mate te maken met verlieservaringen. Toch worden de meeste ouderen daar niet somber of ziek van. Meestal zijn zij in staat verlies te verdragen en met het idee van hun eigen eindigheid (en die van anderen) om te gaan. Wanneer mensen wordt gevraagd of ze zwakker of sterker zijn geworden van schokkende gebeurtenissen, antwoordt een deel van hen dat een dergelijke gebeurtenis hen sterker heeft gemaakt (Bannink, 2014a; 2016c).

Er is een toenemende belangstelling voor de positieve manieren waarop we omgaan met stressvolle en schokkende gebeurtenissen. *Veerkracht* is daarbij een van de constructen van de positieve psychologie. Voorheen werd er uitsluitend onderzoek gedaan naar de negatieve gevolgen van deze gebeurtenissen. Hierbij hoort een diagnose als posttraumatische stress-stoornis (PTSS), die gepaard gaat met negatieve emoties als angst of woede, gedrag als vermijding en symptomen als nachtmerries en herbelevingen.

Het goede nieuws is dat de meesten van ons in staat zijn om mee te buigen tijdens en na stressvolle gebeurtenissen, net zoals bamboe tijdens en na een storm. Uit onderzoek naar posttraumatische symptomen en posttraumatische groei bij oorlogsvluchtelingen bleek dat het koesteren van hoop geassocieerd is met posttraumatische groei (Ai, Tice, Whitsett, Ishisaka & Chim, 2007). Het idee dat men in staat is om uiteindelijk een positieve uitkomst te bewerkstelligen, is een belangrijke motivator om de verschrikkingen van een oorlog te verwerken. Overigens is veerkracht, net als hoop, niet iets wat je hebt, maar iets wat je doet. Volgens Fredrickson (2009) zou positiviteit weleens het best bewaarde geheim kunnen zijn om met tegenslagen om te gaan. De focus op veerkracht en groei kan ouderen helpen hun sterke kanten (verder) te ontdekken en te ontwikkelen, terwijl het juist een ontmoedigend effect kan hebben als professionals de aandacht richten op wat er niet goed gaat.



## Samenvatting

---

- De (g)gz richt zich nog vooral op het diagnosticeren en behandelen van problemen en klachten (het reductionistische paradigma van de analyse). Een nadeel hiervan is dat dit kan leiden tot een negatieve spiraal van steeds groter wordende problemen, waardoor het doel en de oplossingen steeds verder uit het zicht raken. Bovendien maakt het de cliënt al gauw passief: het heil moet van de professional of van medicatie komen.
  - De positieve psychologie en oplossingsgericht werken hebben beide een positieve focus: de positieve psychologie richt zich op de sterke kanten van de cliënt; oplossingsgericht werken richt zich op wat werkt in het leven van de cliënt. Het eigen doel van de cliënt, diens naasten en de eigen waarden staan centraal. De cliënt heeft zo veel mogelijk de regie en de professional stelt zich vooral coachend en dienstbaar op. Oplossingsgericht werken gaat uit van het functionele paradigma van de synthese: het ontwerpen van een uitkomst die er eerder nog niet was.
  - Veerkracht is een van de constructen van de positieve psychologie. Een focus op veerkracht en groei (na schokkende gebeurtenissen) kan ouderen én professionals helpen om sterke kanten te ontdekken en te ontwikkelen.
-

*bet  
in mijn*